



**MAA** Medical Assistance  
Administration

## Sign-up form / Форма записи

в Товарищество интеграции Медикейд  
штата Вашингтон (WMIP)

Если вы запишетесь по телефону, то вам не  
нужно заполнять эту форму! Позвоните по  
телефону **1-800-562-3022** без промедления!  
(Телефон только для лиц с нарушениями  
слуха или речи (TTY/TDD): **1-800-848-5429**)

### Просто, как 1-2-3!

**1.**

Позвоните и запишитесь в WMIP для получения медицинского обслуживания по плану типа "managed care" или заполните эту форму. Если вы имеете право на WMIP, Вас запишут в страховой план Molina Healthcare of Washington, Inc. (Molina Healthcare) для получения медицинского обслуживания.

**2.**

Попросите, чтобы в качестве врача, предоставляющего основное обслуживание (PCP), вам дали врача по вашему выбору. Врач, которого вы укажете своим PCP, должен иметь контракт с Molina Healthcare. Если вы не уверены в этом, позвоните своему врачу и спросите, есть ли у него контракт с Molina Healthcare для участия в WMIP.

Имя PCP, к которому вы хотите записаться: \_\_\_\_\_  
 У меня нет PCP.

**3.**

Беременны ли вы или будут ли вам скоро делать операцию?

Вы беременны? Предполагаемая дата родов: \_\_\_\_\_  
 Вам будут делать операцию? Дата операции: \_\_\_\_\_

Какой врач или другой медицинский работник наблюдает вас в связи с беременностью или операцией?

Имя врача: \_\_\_\_\_ Телефон офиса: \_\_\_\_\_

Нуждаетесь ли вы в медицинском обслуживании в связи с такими заболеваниями, как астма, диабет, заболевания почек или болезнь сердца?

Да Пожалуйста, укажите свою болезнь(-и) или потребность(и) в медицинском обслуживании:

Есть ли у вас другие врачи, медсестры, консультанты или работники, ведущие дела, к которым вы хотите продолжать ходить, записавшись в WMIP? Пожалуйста, укажите их:

\_\_\_\_\_

Сообщите нам о своем выборе.



Если вы не хотите заполнять эту форму, позвоните нам по телефону для бесплатных звонков **1-800-562-3022**

**С понедельника по пятницу с 7:00 утра до 6:00 вечера**

Телефон для лиц с нарушением слуха или речи (TTY/TDD): 711 или 1-800-848-5429  
 Или снова сложите эту форму так, чтобы слова "Business reply" были снаружи, и  
 пришлите её обратно нам (марка не требуется). Или пришлите эту  
 форму по факсу: 360-725-2144

Впишите информацию в квадратик  
ниже. Номер вашего дела указан  
на вашей медицинской карточке-  
удостоверении (ID) Медикейд,  
непосредственно под инициалами  
CNP.

НОМЕР ДЕЛА
ИМЯ
АДРЕС
ГОРОД                    ШТАТ                    ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС